

Proyecto de Ley N° 2496/2017-CR



PROYECTO DE LEY

LEY QUE PROMUEVE LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA

La señora Congresista de la República **GLORIA MONTENEGRO FIGUEROA**, integrante del Grupo Parlamentario **Alianza Para el Progreso - APP**, en ejercicio del Derecho de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y los artículos 22°, literal c) y los artículos 74, 75° y 76° inciso 2) del Reglamento del Congreso de la República; propone la siguiente iniciativa legislativa.

FÓRMULA LEGAL:

LEY QUE PROMUEVE LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA

Artículo Único.- Objeto de la ley.-

Los estudiantes del último año de la Carrera Profesional de Obstetricia y otros profesionales que el reglamento de esta Ley establezca, brindarán consejería sobre Indemnidad Sexual, por un periodo no mayor a seis meses, en los colegios de educación secundaria de todo el país, a fin de reducir las tasas de embarazo adolescente.

Dicho servicio civil será realizado como parte de su Internado, computándose a su favor dichos servicios-



GLORIA MONTENEGRO FIGUEROA

"Decenio de la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres"
"Año del diálogo y la reconciliación nacional"

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

PRIMERA.- Autorización a las Unidades de Gestión Educativa (UGEL)

Las Unidades de Gestión Docente, serán las encargadas de establecer las condiciones y los canales de supervisión y cumplimiento de esta norma, en coordinación con las autoridades de salud.

SEGUNDA.- Reglamentación

El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley en el plazo de sesenta (60) días de publicada la presente norma.

TERCERA.- Disposición derogatoria

Derógase y/o déjase sin efecto toda disposición que se oponga a lo dispuesto por la presente Ley.

Lima, 18 de febrero de 2018.

Dra. GLORIA MONTENEGRO FIGUEROA
Congresista de la República

CÉSAR VILLANUEVA ARÉVALO
Directivo Portavoz Titular
Grupo Parlamentario
Alianza Para el Progreso - APP

Proyecto de Ley 2496/2017-CR

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, ⁰⁸ de marzo de 2018

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77 del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición Nro. 2496 a la Comisión de Educación, Juventud y Deporte.

JOSÉ F. CEVASCO PIEDRA
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La salud integral (corporal, mental, sexual y reproductiva), es la base sobre la cuales se construyen y ejercen otras capacidades afectivas y sociales, incluyendo disfrutar de lo que hacemos, analizar libre y críticamente lo que consideramos mejor para nuestras vidas, tomar decisiones que nos orienten a lograr lo que queremos, cuidarnos, cuidar de otros, así como la capacidad para vivir en armonía con nuestro entorno, entre otras.

Existe un creciente reconocimiento internacional de la interrelación existente entre educación y salud, lo que requiere un enfoque más integrado de la salud en las instituciones educativas y una acción intersectorial coordinada. La salud, es uno de los resultados centrales de una educación de calidad, la cual propicia el desarrollo de las competencias, los valores y las actitudes que permiten a los ciudadanos llevar vidas saludables y plenas, tomar decisiones con conocimiento de causa y responder a los desafíos locales y mundiales¹.

Para el año 2017 se estimó que en el Perú había 15'886,959 millones de mujeres, de las cuales 1'430,083 son adolescentes mujeres entre 10 y 14 años, y 1'420,257 son adolescentes mujeres entre los 15 y 19 años².

La situación de salud sexual y salud reproductiva de las niñas tiene enormes implicancias tanto para su salud posterior como para la salud de la próxima generación. Por ello, cerrar las brechas de género en salud y educación y proporcionar otras oportunidades para las niñas y los niños son obligaciones en materia de derechos humanos esenciales para el desarrollo y la seguridad nacional y mundial. En el contexto de las políticas

¹ UNESCO. PROYECTO DE ESTRATEGIA DE LA UNESCO SOBRE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR: Contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Online].; 2017 [cited 2017 Septiembre]. Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002464/246453s.pdf>.

² INEI- PERÚ: Estimaciones y Proyecciones de la Población Femenina por años calendario y edades simples, 1995 -2025.

internacionales, estos derechos fueron reconocidos por primera vez en la Convención sobre los Derechos del Niño en 1989. Y, posteriormente, diversas conferencias y acuerdos internacionales, como por ejemplo, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994) y el Foro Global de Juventud (Bali, 2012). Ambos documentos instan a los gobiernos a garantizar el acceso de los y las adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y a la educación sexual integral; eliminar el matrimonio temprano y forzado; diseñar y aplicar políticas y programas para eliminar la violencia contra las mujeres y las niñas; involucrar a los padres y las comunidades; y dar a los adolescentes una voz en la toma de decisiones.

En los últimos años, muchas adolescentes han logrado un mejor nivel educativo y estado de salud, así como un mayor conocimiento y consciencia de sus derechos. Sin embargo, muchas adolescentes siguen enfrentando desafíos y amenazas a su salud y a sus derechos. Un gran riesgo que muchas adolescentes enfrentan a nivel mundial, en especial en América Latina y el Caribe y en el Perú, es el embarazo durante la adolescencia.

En el Perú, el embarazo afecta más a las adolescentes que cuentan con ciertas características. El embarazo es más común entre las adolescentes que tienen menor nivel educativo, que cuentan con menores recursos económicos, que viven en zonas rurales, en la región de la selva, y que pertenecen a grupos indígenas³.

En este contexto, el Estado peruano ha asumido diversos compromisos políticos internacionales y nacionales para la prevención del embarazo adolescente.

³ INEI, 2016.

ANTECEDENTES

El porcentaje de adolescentes, alguna vez embarazadas, no ha sufrido cambios importantes entre 1996 y el 2015, años en que este porcentaje fue de 13.4% y 13.6%, respectivamente. El embarazo adolescente es el doble en el área rural en relación al área urbana (22.5% y 10.6%, respectivamente para el 2015), según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 - CENSO ENDES 2016. Asimismo, es más alta en la selva que en el resto de regiones naturales del país, y triplica el porcentaje de Lima Metropolitana (24.9% y 8.3%, respectivamente). Asimismo, es seis veces más alto entre las adolescentes de nivel educativo secundario con respecto a las que tienen nivel educativo superior (37.9% y 6.1%, respectivamente)⁴.

En 2010, el 19.7% de los estudiantes de secundaria refirieron haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida. Entre estos estudiantes, 46.7% tuvieron su primera relación sexual antes de los 14 años. Estos porcentajes son más altos entre los varones (28.3% han tenido relaciones sexuales y de ellos 50.9% antes de los 14 años), que entre las mujeres (11.1% han tenido relaciones sexuales y 36.1% antes de los 14 años).

En la última década, el número de nacidos vivos registrados de niñas madres menores de 15 años se ha incrementado en 65,4%, al pasar de 936 casos en el año 2005 a 1 mil 548 nacimientos en el año 2014. Los mayores registros son en Lima, San Martín y Junín y los menores en Moquegua, Tumbes y Tacna. (4)

Dar a luz con 19 años o menos puede agravar el riesgo de complicaciones y muertes maternas. Asimismo, la maternidad en la adolescencia puede conllevar el abandono de la escuela y la privación de conocimientos y capacidades importantes, con el consiguiente menoscabo de las oportunidades de empleo y remuneración futuras, (5) reforzando un círculo de pobreza y vivir en condiciones de vulnerabilidad, afectando no solamente sus vidas, sino también la de sus hijos(as).

⁴ <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>



Entre 1983 y el 2016, se ha notificado un total de 65,657 casos de infección por VIH, y 34,438 casos de SIDA. De los casos notificados de SIDA, el 2.6% fueron diagnosticados cuando tenían entre los 10 y 19 años de edad, y el 29.3% cuando tenían entre 20 y 29 años de edad. Dado el largo período de incubación de esta infección, un porcentaje importante de ellos deben haberse infectado antes de los 20 años de edad. Entre los adolescentes y jóvenes la relación de casos de SIDA es de 2.8 hombres por mujer⁵.

En 2015, el 34.6% de adolescentes de 12 a 17 años de edad, señalaron que alguna vez en su vida fueron víctimas de violencia sexual, y el 19.9% que fueron víctimas de violencia sexual en los últimos 12 meses. Estos porcentajes son ligeramente inferiores a los encontrados en 2013⁶.

Por un lado, necesitamos cambiar paradigmas (por ejemplo, aceptar que no todo(a) adolescente tiene una familia, a la cual pueda acudir si necesita ayuda; reconocer que la sexualidad en esta etapa de vida, cobra fuerza y está presente, orientando las decisiones y acciones de las y los adolescentes; entender la influencia cultural y la diversidad humana en la expresión y atención de las necesidades en salud, entre otros).

Si bien, el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos, entre las mujeres de 15 a 49 años de edad, no ha variado sustancialmente, entre el 2010 y el 2015, sí se observa un incremento de su uso entre las mujeres de 15 a 19 años de edad de 44.6% a 51.6%⁷.

En 2015, los métodos más usados eran la inyección, la píldora y el condón masculino. Aunque hay que señalar que un porcentaje importante aún usan métodos tradicionales (19% de las mujeres entre 15 y 19 años actualmente unidas) o no usan ningún método anticonceptivo (36.4% de mujeres entre 15

⁵ Idem

⁶ <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>

⁷ <https://es.scribd.com/document/371598655/Minsa-Situacion-de-La-Salud-en-El-Adolescente-2017>

y 19 años actualmente unidas). En el caso de las mujeres sexualmente activas del mismo grupo de edad, los porcentajes son 27.4% para métodos tradicionales y 12.3% para quienes no usan métodos. De ahí la necesidad de mejorar los conocimientos de las mujeres en cuanto a las ventajas y desventajas de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos, así como mejorar la disponibilidad de los métodos modernos a todas las mujeres sexualmente activas⁸.

SITUACIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL PERÚ

Si bien la fecundidad global en el Perú ha ido en descenso en los últimos 30 años, la fecundidad en adolescentes no ha tenido el mismo comportamiento. Esta última ha disminuido en dicho periodo, no obstante no ha ido al ritmo de la fecundidad global sino más bien está presentando una curva al alza en los últimos quince años. Según la ENDES 2012, la Tasa de Fecundidad en las adolescentes (15 a 19 años) es del orden de 64 x 1000 mujeres. El porcentaje de embarazo en adolescentes durante los años 2013,2014, presento una tendencia al aumento en los últimos dos años ha disminuido en un promedio de 0.9 puntos porcentuales, siendo su comportamiento aun ondulante e inestable al igual que en periodos anteriores⁹.

Mientras que la ENDES 2000 reportó que 13,0% de las adolescentes eran madres o estaban embarazadas, la ENDES 2016 muestra que el 12.7% en las mujeres de 15 a 19 años de edad que estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,1% ya es madre, y el 2,6% está gestando por primera vez¹⁰.

El embarazo en adolescentes peruanas ha aumentado en el periodo 2012-2014, incrementándose de 13,2 a 14,6. Sin embargo entre los años 2015 y 2016 ha mostrado un ligero descenso llegando al año 2016 a 12.7%.

⁸ Idem

⁹ <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>

¹⁰ Idem

Cuadro N° 1: Adolescentes peruanas de 15-19 años que ya son madres o están embarazadas por primera vez

	2012	2013	2014	2015	2016
Adolescentes de 15-19 años que ya son madres o están embarazadas por primera vez (%)	13,2	13,9	14,6	13,6	12,7

FUENTE: ENDES 2016.

Es necesario analizar los determinantes sociales del embarazo adolescente para comprender las brechas que esconden los indicadores demográficos a la luz de las características que presenta la problemática en el Perú.

Es importante resaltar que, en la actualidad se utilizan prioritariamente las estadísticas referidas a la etapa de vida comprendida entre los 15 y 19 años, subestimándose la importancia de reportar información para el grupo de edad comprendido entre los 10 y 14 años.

El embarazo en la adolescencia es considerado un problema de salud pública en el país, por cuanto:

- a) Afecta en mayor grado a mujeres con bajo nivel educativo. Tiene mayor prevalencia entre las mujeres adolescentes con educación primaria, el 37.1% ya es madre y el 5.2% está embarazada del primer hijo.
- b) Afecta en mayor grado a mujeres que residen en la Selva. El 19.5% de mujeres que reside en la Selva ya son madres y el 3.8% está embarazada del primer hijo. Son cuatro los departamentos que tienen la mayor prevalencia de embarazo en adolescentes en el Perú, todos son de la región de la Selva.



- c) Afecta en mayor grado a mujeres adolescentes del quintil de riqueza inferior. El 19.9% de las adolescentes que pertenecen al quintil inferior ya es madre y el 4.0% está embarazada de su primer hijo.
- d) Afecta en mayor grado a las adolescentes que residen en el área rural. El 18.8% de adolescentes que reside en zonas rurales ya es madre y el 3.9% está embarazada de su primer hijo.
- e) Afecta en mayor grado a los grupos de 17, 18 y 19 años, impidiendo, muchas veces, la conclusión de los estudios superiores.

Las principales características del problema constituyen argumentos para que la prevención del embarazo en adolescentes sea tratado como una política pública con carácter de ley que contribuya a reducir este flagelo en los grupos más vulnerables.

ANÁLISIS DE FACTORES

A. Fecundidad:

En el Perú, en las últimas tres décadas, el nivel de fecundidad en todas las mujeres ha disminuido. Respecto a las adolescentes, la fecundidad también ha disminuido, pero no al mismo ritmo que los otros grupos etarios. La tasa de fecundidad en adolescentes de 15-19 años ha disminuido de 79 nacimientos por cada 1.000 mujeres en 1986 a 65 nacimientos por cada 1.000 en 2014-5¹¹.

La fecundidad en adolescentes varía por factores del contexto socioeconómico en el que viven y crecen las y los adolescentes. La magnitud del embarazo en la adolescencia se puede describir por lugar de residencia, quintiles de riqueza y nivel educativo de las adolescentes. Para el caso de la residencia o procedencia, la ENDES 2016 muestra que

¹¹ INEI, 2016.

existen notables diferencias entre las adolescentes que viven en zonas urbanas y las que viven en zonas rurales.

CUADRO N° 2: Embarazo y Maternidad en Adolescentes (15 a 19 años) por área de residencia. ENDES 2016

Área de residencia	Ya son Madres %	Embarazadas con el primer hijo %	Total alguna vez embarazada %
Urbana	7.6%	2.2%	9.8%
Rural	18.8%	3.9%	22.7%

FUENTE: ENDES 2016.

Aún se mantienen notables diferencias entre las distintas regiones naturales. Mientras que el 30.6% y el 26.7% de las adolescentes de Loreto y Ucayali, respectivamente, ya tienen un hijo o están embarazadas en Arequipa solo el 6.3% están en la misma situación (ENDES 2016). Otras regiones que presentan los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas, además de Loreto y Ucayali, son San Martín, Amazonas y Tumbes con 23.5%, 19.9% y 18.4%, respectivamente.

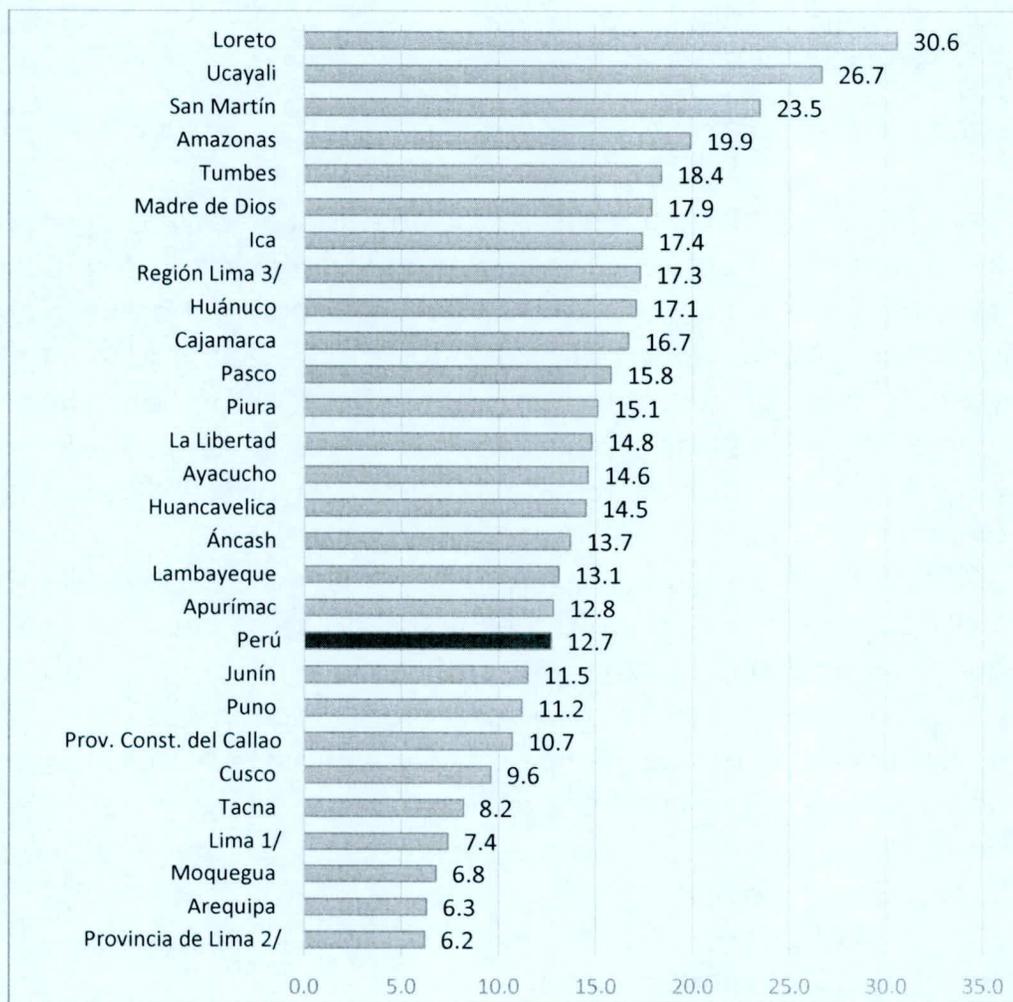
e° 3: Embarazo y Maternidad en Adolescentes (15 a 19 años) por región natural. ENDES 2016

Región Natural	Ya son madres %	Embarazadas con el primer hijo %	Total alguna vez Embarazada %
Lima Metropolitana	5,7	0.9	6.7
Resto de costa	10.1	3.9	14.0
Sierra	9.9	2.6	12.6
Selva	19.5	3.8	23.3

FUENTE: ENDES 2016.

Tal como ocurre en otros países, en el Perú se mantienen importantes diferencias entre las adolescentes con distintos niveles educativos respecto al embarazo tal como se observa en el cuadro a continuación.

GRÁFICO 1. Adolescentes peruanas de 15-19 años que ya son madres o están embarazadas por primera vez, por departamento, 2016



FUENTE: ENDES 2016.

CUADRO N° 4: Embarazo y Maternidad en Adolescentes (15 a 19 años) por nivel educativo. ENDES 2016



Nivel educativo	Ya son madres %	Embarazadas con el primer hijo %	Total alguna vez Embarazada %
Sin educación	29.0	10.2	39.2
Primaria	37.1	5.2	42.3
Secundaria	8.8	2.4	11.2
Superior	4.5	2.2	6.8

FUENTE: ENDES 2016.

El nivel de escolaridad sigue teniendo un papel preponderante en el inicio de la vida reproductiva. Los estudios han determinado que existe una relación directa entre la disminución de la fertilidad en las mujeres y el incremento de su escolaridad. Las estadísticas publicadas recientemente por el INEI revelan que los mayores porcentajes de adolescentes que eran madres o que estaban embarazadas se presentan en las mujeres sin educación (39.2%), en las residentes de la Selva (23.3%), entre las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (23.9%) y en el área rural (22.7%). Mientras que menores porcentajes se aprecian en Lima Metropolitana (6.7%), entre aquellas con educación superior y en las del quintil superior de riqueza (6.8% y 3.6%, respectivamente) (INEI 2016). A pesar de los avances considerables producidos en la educación de las mujeres, la mayoría de los niños son concebidos y criados por madres adolescentes que no han pasado de la educación primaria y cuyo nivel de fertilidad es generalmente el doble que el de mujeres con mayores niveles de educación.

B. Inicio de relaciones sexuales:

Según la ENDES 2016, la edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres de 25 a 49 años fue 18,6 años, 3,5 años antes que la edad mediana a la primera unión (22,1 años). La cohorte de 25 a 29 años muestra un inicio más temprano de las relaciones sexuales, comparada con las otras cohortes; 44,5 % antes de los 18 años y 83,7% antes de los 22 años. Al llegar a los 25 años el 92,5% de las mujeres ya habían tenido su primera relación sexual. El 3,0% de las mujeres de 25 a 49 años de edad

nunca ha tenido relaciones sexuales, porcentaje que en el año 2012 fue 3,7%.

El inicio de las relaciones sexuales está asociado con el nivel de educación y de ingresos. Ocurrió 3.6 años antes en las mujeres sin educación (16,6 años) comparadas con las que tenían educación superior (20.2 años), y 2,6 años antes en las mujeres del primer quintil de riqueza (17,4 años) en relación con las del quintil superior de riqueza (20,0 años).

El inicio de las relaciones sexuales entre las mujeres de 25 a 49 años, al igual que el inicio de la vida conyugal, está relacionado con el ámbito geográfico de residencia. Este fue más temprano en el área rural (17,7 años) que en el área urbana (18,8 años). Comparando las edades de las mujeres según región de residencia, ocurrió antes de los 17 años en Ucayali (16,4), Loreto (16,7), Madre de Dios y San Martín (16,9 años en cada caso). Antes de los 18 años en Amazonas (17,3), Huánuco (17,5) y Ayacucho (17,6 años). Más próximo a los 18 años en Huancavelica (17,8) y Apurímac (17,9).

Los hallazgos demuestran que en la actualidad en el Perú los y las adolescentes comienzan la actividad sexual a más temprana edad, sobre todo en zonas de la Amazonía peruana, lo que nos lleva preguntarnos la razón o plantearnos la necesidad de responder el por qué sucede lejos de pensamientos estereotipados, relacionados al territorio. Y por otra parte nos lleva a explorar un terreno del poco o mucho se habla como es la iniciación de relaciones sexuales bajo coerción - tipificada como delito en el Código Penal - la cual tiene consecuencias en la salud mental, en la vivencia de una sexualidad saludable y placentera y en la vida reproductiva de la adolescente.

Si bien en el país no tenemos estudios sobre inicio sexual forzado y embarazo adolescente, se estima que muchos de los embarazos en menores de 14 años son producto de relaciones sexuales no consentidas.

Uso de métodos anticonceptivos:



Los datos de la ENDES 2016, señalan que el uso actual de métodos anticonceptivos modernos entre las adolescentes sexualmente activas es de 66,6% siendo el condón masculino el más requerido (41,7%), seguido las inyectables (16,4%). En el grupo de adolescentes actualmente unidas el 52,7% usa métodos modernos; a diferencia del grupo anterior, el método actual más usado en este grupo, son los inyectables (32,3%). Esta diferencia entre ambos grupos poblacionales puede explicarse por las barreras legales que algunos profesionales de la salud creen que impiden la entrega de métodos anticonceptivos a las adolescentes sexualmente activas no unidas¹².

c. Acceso a servicios de salud:

La disponibilidad de servicios de salud que atiendan las demandas en materia de sexualidad de las y los adolescentes afecta directamente las tasas de embarazo y fecundidad de esta población. Existen diferentes tipos de servicios organizados dentro de los establecimientos de salud: servicios diferenciados con ambientes exclusivos (I-4, II y III), servicios en horarios diferenciados (I-1, I-2 y I-3) y los AISPED (Servicios móviles para la atención integral). La oferta de estos servicios depende en gran medida de la existencia de una política gubernamental comprometida con las y los adolescentes y que dé la oportunidad de acceso a estos servicios en las formas mencionadas u otras según las particularidades del territorio buscando llegar a aquellos que viven con menores oportunidades o en estado de vulnerabilidad, cabe destacar que lo más importante es garantizar la calidad del servicio es allí donde resulta crítico la hora que las y los adolescentes deciden utilizar dichos servicios, y se encuentran con un clima organizacional adverso, con censura a la sexualidad, con prácticas discriminatorias, lo cual se refleja en negativas de proveer anticoncepción o incluso atención en orientación/consejería en salud sexual y reproductiva.

d. Intención reproductiva de las adolescentes madres y gestantes

¹² <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>

La gran mayoría de los embarazos en adolescentes peruanas no son deseados. En 1991-1992, el 52,6% de las adolescentes de 15-19 años reportaron que querían el embarazo cuando se presentó. En 2014-2015, solo el 35,8% de las adolescentes de 15-19 años querían el embarazo en ese momento¹³.

Cuadro 5. Intención reproductiva de las adolescentes peruanas de 15-19 años que ya son madres, 1991-1992 – 2014-2015¹⁴

Intención reproductiva	1991-2 (%)	1996 (%)	2000 (%)	2004-6 (%)	2009 (%)	2012 (%)	2014-5 (%)
Quería el embarazo cuando se presentó	52,6	49,0	44,4	34,8	35,7	31,7	35,8
Quería el embarazo después	35,2	36,6	41,8	58,6	56,2	57,8	57,3
No quería más hijos	12,1	14,1	13,5	6,6	8,1	10,5	6,9

FUENTE: ENDES 2016.

e. Embarazo repetido durante la adolescencia

Según un reciente análisis elaborado por el Ministerio de Salud, el 14,9% de las adolescentes se embarazan una segunda vez antes de cumplir los 20 años.¹⁵ Asimismo, en un estudio en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima ("La Maternidad"), el 9,0% de las adolescentes estaban dando a luz por segunda vez (13).¹⁶

¹³ Idem

¹⁴ Mendoza & Subiria, 2013; INEI, 2016.

¹⁵ MINSA, datos no publicados.

¹⁶ Ventura et al, 2012.

f. Un problema de derechos humanos, inequidad e injusticia social.

De esta manera es más alto en las zonas rurales (22.5%), en la selva (24.9%), entre las que tienen sólo educación primaria (37.9%) y entre las que se encuentran en situación de pobreza (24.9%). Allí el contexto cultural puede tener una fuerte influencia. Sin embargo, la situación de vulnerabilidad y el poco acceso a oportunidades de desarrollo personal y social podrían condicionar la maternidad temprana en este grupo (MCLCP)¹⁷.

EMBARAZO ADOLESCENTE EN MENORES DE 15 AÑOS

Es motivo de alerta el reporte de embarazos en niñas menores de 15 años de edad. Al respecto, el Seguro Integral de Salud (SIS) reporta anualmente 2 mil partos atendidos en niñas entre 11 y 14 años de edad. Estos embarazos pueden estar reflejando la alta vulnerabilidad de las niñas, muchas de ellas víctimas de violencia física, sexual y psicológica. Asimismo, pueden ser resultado de la debilidad de los mecanismos de prevención y protección frente a la violencia.

Cuadro 2. Número de Partos atendidos por el SIS, 2011-2015

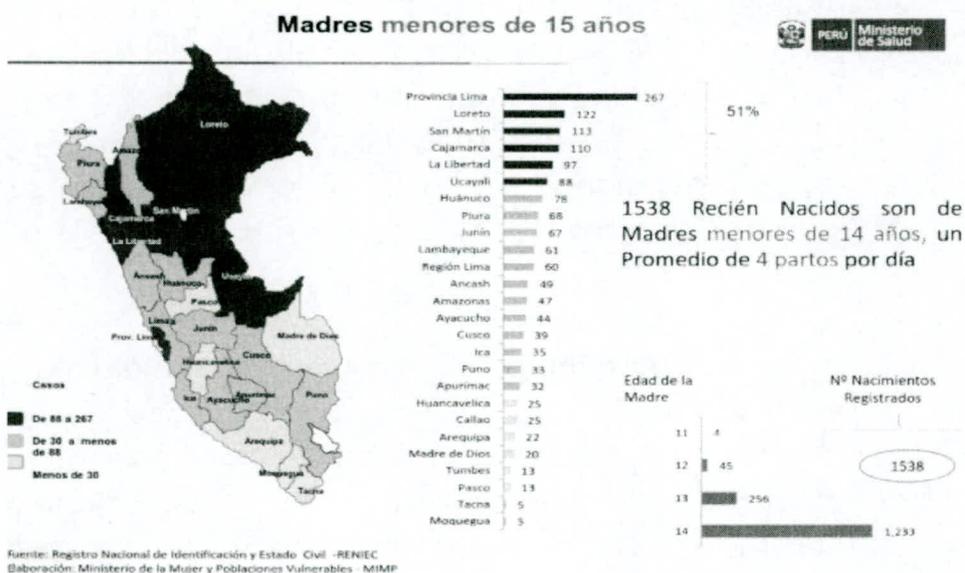
Año	Total	11-14 años	15-17 años	18-34 años	35 y más	% partos de adolescentes
		Adolescencia Temprana	Adolescencia			
2015	320,558	2,011	24,110	248,825	45,612	8.1%
2014	324,464	2,219	25,700	251,359	45,186	8.6%
2013	306,260	2,355	25,971	237,395	40,539	9.2%
2012	273,189	1,872	23,039	213,301	34,977	9.1%
2011	275,679	2,163	23,880	213,995	35,641	9.4%

Fuente: Base de datos del SIS. Estadísticas al 08.01.2016. Elaboración. MCLCP.

A nivel departamental, el 51% de los partos atendidos por el SIS en niñas menores de 15 años se registran en cinco departamentos del país (Lima, Loreto, San Martín, Ucayali y Cajamarca).

¹⁷https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2016/documentos/12/reporteembarzoadolescentendeg4.2016v7_0.pdf

En el año 2015, la RENIEC registro 1538 recién nacidos cuyas madres son menores de 15 años. Los departamentos que encabezan la lista por el mayor reporte de recién nacidos de madres adolescentes, de mayor a menor son Lima, Loreto, San Martín, Cajamarca, La Libertad y Ucayali¹⁸.



A nivel provincial y distrital, los mayores registros de madres menores de 15 años de edad ocurren en la selva y en los departamentos de la costa norte del Perú. A nivel de provincia, destacan, después de Lima, Maynas y Coronel Portillo. A nivel de distritos, destacan San Juan de Lurigancho y Ate en Lima Metropolitana¹⁹.

Sobre este indicador el equipo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud Sub Grupo “Prevención del Embarazo en Adolescentes” Reporte N° 4-2016-SC/MCLCP, nos señala:

- a. La maternidad precoz constituye un problema de salud pública y pone en riesgo la vida de las niñas madres y sus hijos/as. Compromete**

¹⁸ <https://www.reniec.gob.pe/portal/intro.htm>

¹⁹ <https://www.reniec.gob.pe/portal/intro.htm>



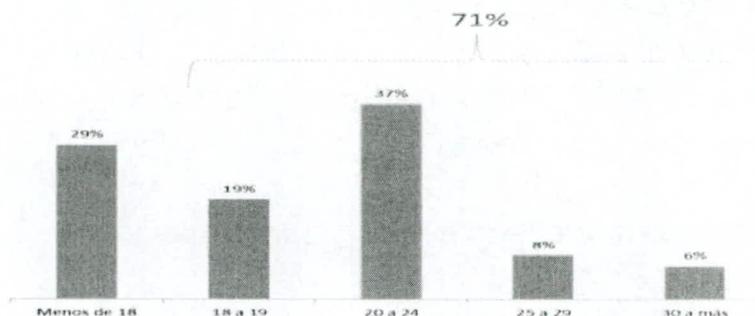
la salud de la madre y de la del niño o niña por nacer, ya que la niña o adolescente embarazada todavía no alcanza suficiente madurez física y emocional. Según informe del Estado de la Población Mundial 2013 publicado por UNFPA, "...las madres menores de 16 años tienen cuatro veces más riesgo de morir que una mujer mayor de 20 años...los mayores peligros son el parto prematuro, la preeclampsia y el bajo peso en los recién nacidos". Sobre el particular, las estadísticas del Minsa muestran que la cuarta parte de los partos de madres adolescentes ocurren mediante cesárea (Año 2014: 25.1%)²⁰. Otro aspecto, relacionado es el bajo peso al nacer. En el 2014, el 6.8%¹⁵ de los nacidos vivos de madres adolescentes tuvieron bajo peso al nacer²¹.

- b. La maternidad temprana también refleja distintas realidades de nuestro país.** En la selva es más alto el porcentaje de embarazo adolescente ya que las niñas son consideradas potenciales esposas y madres a partir de su primera menstruación. Es parte de una práctica cultural, en razón de ello la implementación de medidas y políticas de prevención del embarazo en adolescentes deben adecuarse a esta realidad pero desde los enfoques de género e interculturalidad.
- c. La mayoría de las parejas de las madres menores de 15 años de edad eran mayores de edad.** Un dato alarmante de la RENIEC es la información sobre la edad del padre del recién nacido inscrito en el año 2015 cuya madre tenía entre 11 y 14 años de edad. En el 71% de los casos son mayores de 18 años, sólo el 29% es menor de 18 años de edad. Y entre los mayores de edad, el mayor porcentaje está entre los padres que tienen entre 20 y 24 años de edad (37%).

²⁰ 4 INEI-UNFPA-MIMP. Las Niñas Adolescentes en el Perú 2016.

²¹ https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2016/documentos/12/reporteembarzoadolescentendeg4.2016v7_0.pdf

**Edad del Padre de Recién Nacido Inscritas/os en 2015,
cuya madre tenía entre 11 y 14 años de edad (%)**



Fuente: Registro Nacional de Identificación y Estado Civil - RENIEC
Elaboración: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MMP

Se constata una alta vulnerabilidad de las niñas menores de 15 años. Muchos de los casos de madres menores de 15 años pueden estar relacionados con actos de violencia sexual. Al respecto, la encuesta ENARES 2013-2015, evidenció que el 34.6% de adolescentes de 12 a 17 años alguna vez en su vida fueron víctimas de violencia sexual. Asimismo, el 19.9% de adolescentes de 12 a 17 años de edad sufrió violencia sexual en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta²².

IMPACTO DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN LA MADRE Y SU HIJO

A. Incrementa la mortalidad materna

Las madres adolescentes, en especial las de 15 años a menos, tienen mayor riesgo de morir durante el embarazo y el parto.

En un estudio en el cual se revisaron los datos de 144 países incluido el Perú, los autores encontraron que de cada 100.000 nacidos vivos, 260 hijos fallecen de las madres de 15-19 años, y 190 hijos fallecen de las madres de 20-24 años. (14).²³

²² <http://www.regionallibertad.gob.pe/ineiestadisticas/libros/libro44/libro.pdf>

²³ Nove et al, 2014.



Mediante otro estudio, de Conde-Agudelo et al (2005), se revisaron los resultados de 854.377 madres y sus bebés en 18 países de América Latina, incluido Perú, durante 25 años. Se determinó que las mujeres embarazadas de 15 años a menos tienen 4 veces más probabilidades de morir que las mujeres embarazadas que tienen 20-24 años de edad.²⁴

B. Incrementa la mortalidad neonatal temprana

Los hijos de las madres adolescentes de 15 a menos años tienen mayor riesgo de sufrir de mortalidad neonatal temprana, durante los primeros siete días de vida.

Conde-Agudelo et al (2005) encontraron que en las mujeres embarazadas en América Latina, los hijos de madres de 15 a menos años de edad tienen un riesgo 50% más alto de morir durante los primeros 7 días de vida que los hijos de madres de 20-24 años.²⁵

A. Morbilidad materna

Las madres adolescentes tienen mayor riesgo de sufrir problemas de salud durante el embarazo y puerperio.

Conde-Agudelo et al (2005) encontraron que en América Latina, las madres menores de 15 años tienen un riesgo aumentado de 40% de tener anemia, en comparación con madres de 20-24 años de edad. En el mismo estudio, todas las madres adolescentes tenían mayor riesgo de padecer de hemorragia posparto, endometritis puerperal (infección uterina), parto vaginal quirúrgico y episiotomía, en comparación con las madres de 20-24

²⁴ Conde-Agudelo et al, 2005.

²⁵ Conde-Agudelo et al, 2005.

años de edad. Todos estos problemas pueden llevar a mayor morbilidad y hasta mortalidad.²⁶

B. Morbilidad perinatal

Los hijos de las madres adolescentes sufren más problemas de salud, como por ejemplo, bajo peso al nacer y parto prematuro.

Un estudio revisó los resultados adversos del parto en 119.551 madres y sus bebés provenientes de 23 países de bajos y medianos recursos, incluido 6.889 madres y sus bebés peruanos. El estudio encontró que los hijos de madres de 15 a menos años y de 16-19 años tienen mayor riesgo de tener bajo peso al nacer y de provenir de un parto prematuro, en comparación con los hijos de madres de 20 a 24 años de edad. En este estudio, las madres adolescentes de 15 a menos años de edad también tenían mayor riesgo de tener un parto por cesárea debido a la desproporción cefalopélvica (CPD), la cual se produce cuando la cabeza o el cuerpo del bebé es demasiado grande para pasar por la pelvis de la madre (16).²⁷

En América Latina, Conde-Agudelo et al (2005) encontraron que los hijos de las madres adolescentes también tienen mayor riesgo de ser pequeños para su edad gestacional (15).²⁸

C. Morbilidad perinatal en los hijos de adolescentes que son madres por segunda vez

El embarazo repetido durante la adolescencia también influye en la salud de los hijos, teniendo resultados más negativos en los últimos hijos que en los primeros.

²⁶ Conde-Agudelo et al, 2005.

²⁷ Ganchimeg et al, 2013.

²⁸ Conde-Agudelo et al, 2005.

Un estudio peruano, de Ventura et al (2012), revisó los resultados perinatales de 45.924 madres de 15 a 29 años. Encontraron que los hijos de las madres adolescentes con un parto anterior tienen mayor riesgo de tener bajo peso al nacer y de provenir de un parto prematuro, en comparación con los hijos de madres adolescentes nulíparas (13).²⁹

D. Resultados a largo plazo en madres adolescentes y sus hijos

El embarazo en adolescentes también repercute en los aspectos sociales, educativos y económicos de la vida de la madre adolescente cuando es adulta y en la sobrevivencia de los hijos de la madre adolescente.

En el Perú, usualmente las adolescentes embarazadas o madres dejan de estudiar. En el 2014, 8 de cada 10 adolescentes embarazadas o madres de 15-19 años no estudiaba y la causa principal fue el embarazo.³⁰

Un estudio en Colombia analizó las diferencias de vida a largo plazo debido al embarazo adolescente. Comparó las vidas de mujeres de 30 a más años que tuvieron su primer hijo a los 18-19 años versus a los 20-21 años. El estudio concluyó que las mujeres que tuvieron su primer hijo más temprano tienen trabajos de menor calidad, tienen relaciones de pareja más inestables y experimentan más violencia doméstica. Asimismo, las madres más jóvenes están más propensas a que sus hijos fallezcan.³¹

²⁹ Ventura et al, 2012.

³⁰ MINEDU, 2015.

³¹ Urdinola & Ospino, 2015.

La evidencia internacional más reciente demuestra que existen tres estrategias para reducir embarazo adolescente³²:

- Entrega de métodos anticonceptivos con consejería centrada en adolescentes que han iniciado su actividad sexual
- Programas de habilidades de vida con entrenamiento vocacional
- Programas de educación sexual integral desde la primera infancia

Los dos primeros proporcionan resultados a corto plazo y son altamente factibles de implementar en instituciones educativas de educación secundaria y superior.

La propuesta considera la instalación de consultorios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en instituciones educativas de educación secundaria y superior con la finalidad de prevenir el embarazo en adolescentes.

Finalmente, es necesario precisar que este Proyecto de Ley surgió como consecuencia de sendas reuniones con los representantes del Colegio de Obstetras de la Libertad así como con la plena participación de La decana del colegio de Obstetras de Lima y el Callao.

De acuerdo a los alcances , proporcionados por la Decana del Colegio de Obstetras de Lima y Callao el perfil profesional de los obstetras es el siguiente :

- El obstetra demuestra conocimientos básicos en tópicos de salud y desarrollo de los adolescentes, manejando acertadamente la comunicación eficaz.

³² Hindin MJ et al. Review article: Interventions to Prevent Unintended and Repeat Pregnancy Among Young People in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of the Published and Gray Literature. J Adolesc Health. 2016 Sep;59(3 Suppl):S8-S15.



- Demuestra conocimientos del desarrollo normal del adolescente, que conlleve a la identificación de los factores protectores y de riesgo que puedan repercutir en su salud.
- Realiza la atención integral de salud al adolescente, de acuerdo a la normatividad vigente, promoviendo estilos de vida y comportamientos saludables, con respeto a los enfoques de derechos, género e interculturalidad.
- Promueve la educación sexual integral, como parte del ejercicio de sus derechos a tener adecuada información, veraz y oportuna con la participación de la familia, la comunidad
- Realiza la evaluación del desarrollo del adolescente e identifica los trastornos más comunes de esta población, para la derivación oportuna.
- Brinda atención en salud sexual y reproductiva, explicando las prácticas sexuales de riesgo
- Educa sobre el uso de los métodos anticonceptivos, dotando de los mismos de acuerdo al caso, incluido el uso de anticonceptivos de emergencia.
- Realiza educación sobre la prevención del abuso sexual en adolescentes.

VINCULACIÓN CON EL ACUERDO NACIONAL

La presente iniciativa legislativa se enmarca en la Décima Sexta Política de Estado, sobre el Fortalecimiento de la Familia, Promoción y Protección de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud.



EFFECTOS DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La propuesta legislativa busca disminuir los embarazos adolescentes en los colegios secundarios de todo el país, a través de consejería sobre Indemnidad Sexual, proporcionado por los estudiantes del último año de la Carrera Profesional de Obstetricia y otros profesionales que el reglamento de esta Ley establecerá.

ANÁLISIS COSTO - BENEFICIO

La presente Ley no irroga gasto para las instituciones involucradas, más bien permitirá reducir los altos índices de embarazo adolescente y contribuirá a la construcción de una sociedad más justa y equitativa.